

## Sprawozdania • Reports

### Sprawozdanie z XI Kongresu Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (European Society of Surgical Oncology)

W dniach 17-20 kwietnia br. odbył się w Lille we Francji 11 Kongres Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (ESSO).

W inauguracyjnym wykładzie prof. Lehnert z Uniwersytetu w Heidelbergu przypomniał, że to właśnie chirurgia oferuje największej liczbie chorych na nowotwory złośliwe szansę wyleczenia. Dotyczy to zarówno zmian pierwotnych, jak i wznów miejscowych oraz przerzutów. Prof. Lehnert zauważył również, że w wielu opracowaniach na różnice w przeżyciach chorych istotny wpływ ma ilość zabiegów wykonywanych rocznie przez chirurga (*case volume*) oraz ilość zabiegów wykonywanych w danym szpitalu (*hospital volume*). Prof. Pahlman z Uniwersytetu z Uppsali podjął próbę sformułowania definicji dotyczącej chirurga onkologa. W jego opinii najbliższy ideału jest chirurg zajmujący się głównie chirurgią narządową, z silnie zaznaczoną współpracą z innymi specjalnościami onkologicznymi. Prof. Pahlman przypomniał również, że w celu ujednolicenia standardów chirurgii onkologicznej podczas kongresu w Lille po raz pierwszy odbył się egzamin EBSQ (European Board of Surgical Qualification) w dziedzinie chirurgii onkologicznej. Prof. Tursz z Instytutu Gustawa Roussy w Paryżu porównał sytuację współczesnej onkologii do sytuacji z przełomu wieku XIX i XX. Poznano wówczas patogenezę chorób zakaźnych, ale mimo to nie osiągnęto lepszych wyników w ich leczeniu. Według prof. Tursza pierwszymi lekami onkologicznymi, które są zwiastunem przełomu w leczeniu chorób nowotworowych, są leki, do których powstania przyczyniło się poznanie biologii nowotworów. Do tych leków zaliczył profesor Herceptynę oraz STI-571. Na zakończenie sesji inauguracyjnej dr Liniger z Uniwersytetu w Bernie przedstawił wyniki swoich rocznych prac nad aspektami genetycznymi *hepatoblastoma*. Badania prowadzone podczas rocznego pobytu w Amsterdamie doprowadziły do poznania 26 nowych genów w *hepatoblastoma*. Praca była w części sfinansowana przez nagrodę naukową, przyznaną przez komitet naukowy ESSO.

Prof. Hallbook ze Szwecji przedstawił zachęcające wyniki wytwarzania zbiornika z jelita grubego, po przednich resekcjach odbytnicy. Prof. De Wever z Uniwersytetu w Leuven przedstawił wczesne wyniki zastosowania STI-571 przed zabiegami operacyjnymi u chorych na nowotwory GIST (*gastro intestinal stromal tumours*). Dr Cardona-Huerta z Uniwersytetu w Heidelbergu przedstawił wyniki leczenia chirurgicznego nawracających mięsaków zaotrzewnowych. Zaproponowane przez niego

agresywne leczenie chirurgiczne zostało skrytykowane przez prof. Thomasa z Royal Marsden Hospital w Londynie, którego zdaniem nawroty mięsaków zaotrzewnowych nie powinny być – jako choroba nieuleczalna – w ogóle operowane, za wyjątkiem operacji ze wskazań życiowych. Dr Clark z Royal Marsden Hospital w Londynie przedstawił 39 chorych, u których przeprowadzone rozległe amputacje kończynowe z powodu mięsaków w proksymalnych lokalizacjach. W opinii uczestników dyskusji, przy braku możliwości prowadzenia izolowanej perfuzji kończynowej z uwagi na zbyt proksymalną lokalizację, agresywne, rozległe amputacje pozostają leczeniem z wyboru.

Prof. Geraghty z Tallaght Hospital w Dublinie przedstawił problem kontroli jakości w chirurgii onkologicznej. Zagadnienie to, coraz częściej podnoszone w świecie, znajduje powoli oddźwięk w działaniach rządów poszczególnych krajów. I tak w Wielkiej Brytanii Ministerstwo Zdrowia chce uzyskać od środowiska chirurgicznego jasne kryteria, które można by stosować w celu oceny wyników leczenia poszczególnych chirurgów i uzależniać od tego przyznawanie pozwoleń na prowadzenie praktyki. Zjawisko to znajduje swe uzasadnienie w fakcie, że w niektórych opracowaniach osoba chirurga przeprowadzającego operację ma większy wpływ na odległe wyniki leczenia, niż zastosowane leczenie uzupełniające. Prof. Pahlman zauważył, że rząd Szwecji wprowadził już tego rodzaju ograniczenia w dziedzinie chirurgii jelita grubego; jedynie chirurdzy posiadający odpowiednie przeszkolenie są uprawnieni do operowania schorzeń tego narządu.

Prof. Foletto z Kliniki Chirurgicznej w Padwie przedstawił wyniki stosowania izolowanej perfuzji kończynowej, opartej na TNF, w wypadkach wieloogniskowych nawrotów czerniaka w obrębie kończyn. Prof. Sugarbaker z Washington Cancer Institute zaprezentował wyniki operacyjnego leczenia rozległych guzów typu *pseudomyxoma peritonei*, połączonego z całkowitym wycięciem otrzewnej.

Wyniki leczenia chirurgicznego przerzutów do wątroby przedstawił prof. Elias z Instytutu Gustawa Roussy w Paryżu i prof. Nordlinger z Hôpital Ambroise Pare Paryż. Dr Izzo z Uniwersytetu w Houston zaprezentował zachęcające wyniki leczenia przerzutów do wątroby, z wykorzystaniem przezskórnej oraz śródoperacyjnej ablacji prądem o częstotliwości radiowej (*radiofrequency ablation-RFA*). Dr Izzo przedstawił również korzyści płynące z łączenia różnych metod terapeutycznych (chirurgii, RFA oraz chemioterapii dotętniczej) w leczeniu przerzutowych

guzów wątroby. W dyskusji zastanawiano się nad różnicami w zaprezentowanej metodzie, z częściej wykorzystywaną ablacją laserową oraz krioablacją. Mała ilość powikłań w wyselekcjonowanej grupie chorych skłaniała większość uczestników do metody proponowanej przez dra Izzo. Większość uczestników dyskusji oraz autor opracowania zgadzają się, że chirurgia nadal pozostaje „złotym standardem” w leczeniu przerzutów do wątroby.

Prof. Taylor z Uniwersytetu w Londynie, redaktor naczelny *European Journal of Surgical Oncology*, przedstawił wyniki oceny ilości i rozległości przerzutów do wątroby z pomocą PET (Positron Emission Tomography). Zastosowanie PET spowodowało zmianę strategii leczniczej u 33% chorych, którzy wcześniej mieli wykonywaną tomografię komputerową. Prof. Roviello z Uniwersytetu w Sienie zaprezentował wyniki resekcji D2 u chorych na raka żołądka. Prof. Hoekstra z Uniwersytetu w Groningen zarzucił przedmówcy brak przekonywujących dowodów w postaci randomizowanych badań prospektywnych, jednoznacznie wskazujących na wyższość resekcji D2 nad D1. W podsumowaniu ożywionej dyskusji prof. Taylor stwierdził, że randomizacja jest etycznie dopuszczalna tylko w przypadku, gdy lekarz nie jest w zupełności przekonany o wyższości jednego sposobu leczenia nad drugim.

Prof. Verwaal z Holenderskiego Instytutu Raka w Amsterdamie przedstawił bardzo interesujący materiał dotyczący chorych z rakiem jelita grubego z wysiewem do otrzewnej, bez innych ognisk przerzutowych. Agresywne postępowanie chirurgiczne wraz z dootrzewnową chemioterapią (*hyperthermic intra abdominal chemotherapy* – HIPEC), daje szansę wybranej grupie chorych na dłuższe przeżycie.

Prof. Basha z Uniwersytetu w Leuven w Belgii przedstawił wyniki eksperymentalnych badań, porównujących różne schematy przedoperacyjnego napromieniania raka odbytnicy na modelu zwierzęcym. W jego opinii modyfikacja dawki i czasu napromieniania może mieć istotny wpływ na odległe wyniki leczenia oraz mniejszą liczbę powikłań miejscowych.

Prof. Pocard z Instytutu Gustawa Roussy we Francji przedstawił swoje doświadczenia ze stosowaniem kolo stomii na kroczu, po brzuszno-kroczowych amputacjach odbytnicy. Prace poświęcone rakowi piersi koncentrowały się przede wszystkim na biopsji węzła wartowniczego – doskonalenie techniki oraz interesujące spostrzeżenia kliniczne (szczegóły w streszczeniach w EJSO). Ciekawie przedstawiono sposoby identyfikacji niepalpacyjnych zmian w piersiach (metody izotopowe wraz z barwnikiem, a także śródoperacyjne USG). Są to metody efektywne, proste i bezpieczne.

Prof. Jaśkiewicz z Gdańska przedstawił obszernie problematykę rekonstrukcji piersi po mastektomii. Poprawa jakości życia oraz korzystny wpływ na psychikę jest bez wątpienia elementem leczenia choroby nowotworowej.

Symposium poświęcone rakowi żołądka skoncentrowało się na raku wpustu, z uwagi na gwałtowny wzrost częstości tego schorzenia w krajach Europy Zachodniej.

Prof. Lanschot z Uniwersytetu w Amsterdamie przedstawił różnice i podobieństwa kliniczne pomiędzy rakiem Barretta oraz rakiem wpustu. Prof. Cunningham z Royal Marsden Hospital w Londynie przedstawił wyniki badań randomizowanych nad adiuwantową radioterapią oraz chemioterapią po operacjach raka żołądka. Prof. Bozzetti z Istituto Nazionale Tumori w Mediolanie przedstawił wyniki badań nad lymphadenectomy w raku żołądka. W jego opinii rozległe usuwanie węzłów chłonnych poprawia rokowanie, nie zwiększając śmiertelności okołoperacyjnej (zalecana ilość węzłów, która powinno być usunięta, to wg autora ok. 25 węzłów).

Prof. Taylor w ostatnim dniu obrad próbował znaleźć odpowiedź na pytanie, jakie czynniki stanowią o jakości leczenia w praktyce chirurga onkologa. Obok zupełnie podstawowej biegłości technicznej, osiąganey po prawidłowo przeprowadzonym szkoleniu, postawił nacisk na podtrzymywanie raz zdobytych umiejętności i wielospecjalistyczne podejście do każdego chorego (chirurg, chemioterapeuta, radioterapeuta, patolog i radiolog).

Prof. Morton z John Wayne Cancer Institute z Santa Monica przedstawił wyniki wieloletnich badań nad szczepionką w czerniaku i raku jelita grubego. Wyniki prowadzonych w Kalifornii badań są bardzo zachęcające. U chorych otrzymujących Canvaxin stosuje się bardzo agresywne postępowanie chirurgiczne, polegające na wycinaniu wieloogniskowych wznów i przerzutów czerniaka (np. do 6 ognisk w płucach). Dzięki takiemu postępowaniu uzyskuje się wieloletnie przeżycia u chorych z wieloma ogniskami nowotworu. Odpowiedź na rzeczywistą skuteczność szczepionki, połączonej z agresywnym podejściem chirurgicznym, dadzą wielośrodkowe badania prospektywne.

Wiele ciekawych prac znalazło się w sesjach plakatowych. Wśród plakatów z Europy i ze świata zaprezentowano również cztery prace z polskich ośrodków onkologicznych. Streszczenia wszystkich prac prezentowanych na kongresie znalazły się w 3 numerze tegorocznego *European Journal of Surgical Oncology*. Z uwagi na brak miejsca nie jesteśmy w stanie streścić wszystkich ciekawych wystąpień i doniesień, zainteresowanych odsyłamy zatem do lektury EJSO.

Uczestnictwo w kongresie naukowców z wiodących ośrodków europejskich oraz ze Stanów Zjednoczonych stanowiło o jego atrakcyjności. Wymiana doświadczeń oraz dyskusje prowadzone przez największe autorytety w chirurgii onkologicznej dały możliwość uaktualnienia wiedzy i zapoznania się z bieżącymi problemami chirurgicznego leczenia nowotworów w Europie i na świecie. Jedynym minusem konferencji było prowadzenie obrad równoległe w trzech różnych salach konferencyjnych, co uniemożliwiało uczestnictwo w dyskusjach na wszystkie interesujące tematy.

**Andrzej Komorowski**  
**Wojciech Łobaziewicz**  
 Klinika Chirurgii Onkologicznej  
 Centrum Onkologii- Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie  
 Oddział w Krakowie

## Sprawozdanie z warsztatów poświęconych metodom nauczania zagadnień z zakresu leczenia w końcowym okresie życia

W dniach 11-13 marca 2002 r. w Lake Bluff, Illinois odbyło się spotkanie zatytułowane „End of Life Education Workshop – A meeting to review progress and build for the future”.

Nauczanie lekarzy w zakresie medycyny końca życia staje się jednym z priorytetów współczesnej polityki zdrowotnej.

Według badań amerykańskich w 1995 roku przeciętna długość życia kobiet wynosiła 79 lat, mężczyzn 73 lata; systematycznie prowadzone analizy statystyczne wykazują tendencję w kierunku dalszego wydłużania życia społeczeństwa. Większość Amerykanów (powyżej 90%) umiera w wyniku choroby przewlekłej (choroby nowotworowe, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego). Poniżej 10% Amerykanów umiera nagle z powodu zawału mięśnia sercowego, wypadku.

Wyniki badania Gallupa, przeprowadzonego w 1996 roku przez National Hospice Organization (NHO), wykazują, że 90% respondentów chciałoby umierać w domu. Tymczasem na podstawie analizy miejsc zgonów z 1992 roku stwierdzono, że około 57% chorych umiera w szpitalach, 17% w domach opieki, 20% w domach i około 6% w innych miejscach; tendencje te utrzymują się do dzisiaj. W opinii społecznej lekarze potrafią w prawidłowy sposób zajmować się chorymi w końcowym okresie życia. 74% Amerykanów odpowiedziało twierdząco na tak sformułowane pytanie. Całkiem odmienne oceny padały ze strony badanych lekarzy. Większość z nich uważała, że nie potrafi i nie opiekuje się chorymi w ostatnim okresie życia. Stwierdzano, że leczenie w celu zmniejszenia cierpienia i poprawy jakości życia wprowadzane jest zbyt późno a także, że jest nieodpowiednio prowadzone. Jako główne przyczyny unikania opieki nad chorymi umierającymi wymienia się obawy lekarzy o uzależnienie chorych od opioidów, wystąpienie objawów niepożądanych wprowadzonego leczenia, brak umiejętności i obawy w rozmowach dotyczących przekazywania niepomyślnych i smutnych wiadomości, złego rokowania, sztucznego odżywiania i nawadniania, zaprzestania leczenia, nie podejmowania czynności reanimacyjnych.

W rozważaniach dotyczących jakości opieki w końcowym okresie życia uwzględnia się także zagadnienia natury społecznej i ekonomicznej. Mała liczba potomstwa, życie pojedynczo, bliscy w odległych miejscach, utrata możliwości zarobkowania w czasie sprawowania opieki nad bliską osobą w domu, koszty opieki sprawiają, że opieka w domu jest niezwykle trudna.

W celu wypełnienia luki między oczekiwaniami chorych i ich rodzin, a aktualnym stanem wiedzy, American Medical Association w 1998 roku opracowało projekt nauczania lekarzy opieki nad chorymi w końcowym okresie życia „Education for Physicians on End-of-life Care” (EPEC Project).

Program dotyczy nauczania rezydentów w zakresie medycyny wewnętrznej, lekarzy rodzinnych, neurologii, chirurgii. Projekt spełnia warunki ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) i stanowi jego uzupełnienie.

Celem każdego programu jest nauczanie stawiania prawidłowego rozpoznania i odpowiedniej oceny klinicznej, leczenie zgodne z wynikami wiarygodnych badań medycznych (Evidence Based Medicine – EBM).

Innym poruszonym problemem jest podkreślanie wagi uzyskiwania zgody chorego na leczenie, szanowania woli chorego, zachowania tajemnicy lekarskiej, komunikowania się z chorym, jego bliskimi, innymi specjalistami, edukacji chorego i rodziny, uczenia innych pracowników medycznych (studenci, pielęgniarki).

Project EPEC składa się z kilku uzupełniających się części: czterech trzydziestominutowych wykładów i dwunastu czterdziestopięciominutowych warsztatów (sesje dydaktyczne, prezentacje wideo, ćwiczenia interaktywne). Opracowano dwa podręczniki dla nauczycieli i jeden dla rezydentów. Do materiałów dołączonych jest 540 przeźroczy.

The End of Life Physician Education Resource Center (EPERC) gromadzi też materiały szkoleniowe i przekazuje wiadomości na tematy związane z zagadnieniami dotyczącymi sprawowania opieki w ostatnim okresie życia.

Zarówno Projekt EPEC, jak i EPERC są finansowane ze źródeł największej w Stanach Zjednoczonych, powstałej w 1972 roku, Fundacji Roberta Wood Johnson.

Konferencja w której uczestniczyłam, zorganizowana została w celu umożliwienia wspólnego spotkania uczestników programu National Residency End of Life Education Project (NREP) i innych nauczycieli akademickich, zaangażowanych w wprowadzanie i poprawianie nauczania sprawowania opieki w końcowym okresie życia.

W programie konferencji zawarte było umożliwienie przepływu informacji między uczestnikami i uczniami projektu, wprowadzanie nowych metod nauczania, poprawa profesjonalizmu nauczycieli.

Konferencja odbywała się w znajdującym się w pięknym ogrodzie Harrison Manor House, starym, w stylu włoskim, zespole budynków, którego pierwsze budowle powstały w dziewiętnastym wieku.

W czasie konferencji prezentowałam pracę omawiającą program szkoleniowy, opracowany i wdrożony w Ośrodku Szkolenia i Symulacji Zakładu Anestezjologii Centrum Onkologii, pt. „Konsylium – Leczenie Bólu Nowotworowego” („Cancer Pain Management – Consultation „ – A Two – Day Workshop To Improve Treatment Of Patients With Cancer Pain. J. Jarosz, M. Hilgier, E. Hagmajer, M. Prządka-Rucińska). Przedstawiana przez nas praca cieszyła się dużym zainteresowaniem uczestników konferencji. Streszczenie pracy zostało umieszczo-

ne w materiałach z konferencji i będzie także przedstawione w najbliższym numerze *Journal of Palliative Medicine*.

W konferencji uczestniczyli jedynie lekarze ze Stanów Zjednoczonych i Kanady. Moja obecność na konferencji była dla jej organizatorów miłą niespodzianką i pozwoliła po raz pierwszy uświadomić, że ich działalność ma zasięg międzynarodowy.

Innym akcentem polskim było uczestnictwo w konferencji dr Haliny Kusz, lekarki pochodzenia polskiego, która ukończyła Akademię Medyczną we Wrocławiu, a obecnie pracuje jako lekarz medycyny wewnętrznej, specjalizuje się w geriatrici i pracuje w McLaren Regional Medical Center Flint, Michigan. Przedstawiony przez dr Kusz program kształcenia rezydentów był jednym spośród sześciu wyróżnionych na konferencji projektów.

W czasie wykładów i zajęć w małych grupach główny nacisk kładziono na nowoczesne techniki nauczania: wprowadzanie dyskusji, omawianie przypadków, posługiwanie się standardowym pacjentem, granie ról, nauczanie w czasie obchodów lekarskich, symulację, stosowanie nagrań video, używanie tablic w czasie wykładów, przekazywanie materiałów informacyjnych, jak również wprowadzanie metod oceny skuteczności nauczania takich jak: stosowanie egzaminów testowych przed i po wykładach, egzaminy ustne, ankiety skierowane do chorych i ich rodzin, ocena zmiany postępowania medycznego na podstawie analizy kart zleceń i historii chorób, obserwacja przez ekspertów z danej dziedziny medycyny.

W drodze powrotnej do Polski, rozmyślając w samolocie, żałowałam, że zamiast plakatu przedstawiającego opis tylko jednej z licznych działalności w zakresie kształcenia w dziedzinie medycyny paliatywnej, włączając w to także opiekę w końcowym okresie życia, nie przedstawiliśmy całości programu, stworzonego przez dr Jerzego Jarosza. W zakres programu wchodzi: opracowanie i wdrożenie systemu opieki nad chorymi w terminalnej fazie choroby nowotworowej – tzw. Model Warszawski, opracowanie standardu leczenia bólów nowotworowych, organizacja kursów CMKP „Medycyna Paliatywna” dla anestezjologów i lekarzy specjalizujących się w medycynie paliatywnej, wykłady z zakresu medycyny paliatywnej podczas kursów Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej dla lekarzy specjalizujących się w onkologii, szkolenia w czasie kursów pielęgniarskich dla pielęgniarek kształcących się w zakresie onkologii i medycyny paliatywnej, organizacja „Corocznej Ogólnopolskiej Konferencji: Postępy w leczeniu bólów nowotworowych”, szkolenie studentów.

P.S. W dwa tygodnie od zakończenia konferencji dr J. Jarosz otrzymał list od organizatorów konferencji z podziękowaniem za przedstawienie plakatu oraz z prośbą o opisanie całości programu w celu opublikowania go w *Journal of Palliative Medicine*.

**Lek. Elżbieta Hagmajer**  
Zakład Anestezjologii  
Centrum Onkologii-Instytut  
im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

## Sprawozdanie z kursu „Breast cancer: oncologic and reconstructive surgery”

W dniach 9-11 maja 2002 r. odbył się zorganizowany przez European School of Oncology (ESO) kurs „Breast Cancer: Oncologic and reconstructive surgery”. Szkolenie było zorganizowane przez Interdisciplinary Breast Center (IBC) w Düsseldorfie (Niemcy) pod przewodnictwem Prof. W. Audretsch.

Na zaproszenie organizatorów wykłady i prezentacje przedstawiało wielu lekarzy ze znanych ośrodków europejskich oraz amerykańskich. Między innymi prezentacje mieli Prof. G. Jones z Plastic Surgery Emory University w Atlancie, Prof. W. Audretsch z Düsseldorfu, Prof. R.E. Mansel z Department of Surgery University of Wales, Prof. J.Y. Petit, Prof. R. Orecchia oraz Dr M. Rietjens z European Institute of Oncology w Mediolanu, Dr R. Deraemaeker z Chirurgie Plastique Institute Bordet w Brukseli, Dr K.B. Clough z Chirurgie Generale et Senologique Institut Curie w Paryżu oraz wielu innych.

W kursie wzięło udział wielu lekarzy z całej Europy. Wielką zaletą szkolenia była możliwość obejrzenia na żywo, poprzez przekaz telewizyjny z sal operacyjnych, wszystkich etapów operacji onkologicznych i plastycz-

nych, które były specjalnie przygotowane dla uczestników, zarówno w wykonaniu Prof. W. Audretsch, jak i zaproszonych wykładowców. Sesje przedpołudniowe były w całości poświęcone możliwości obserwacji techniki operacyjnej. W trakcie sesji istniała możliwość zadawania na bieżąco pytań z sali do operatorów, dotyczących kolejnych etapów operacji, jak i wysłuchania wielu bardzo interesujących komentarzy przewodniczących sesji. Tęgo typu sposób prezentacji jest godny zdecydowanego polecenia dla wszystkich organizujących podobne szkolenia. Po południu odbywały się prezentacje ustne zaproszonych wykładowców.

Kurs przede wszystkim był skierowany do chirurgów onkologów i plastyków, zajmujących się leczeniem i rekonstrukcją piersi. Podstawowym celem kursu było podkreślenie wagi operacji onkologicznych w zakresie piersi, z jednoczesnym zapewnieniem kobietom komfortu związanego z dobrym efektem kosmetycznym.

W trakcie kursu były szczegółowo omawiane i prezentowane różne sposoby plastyki piersi, zarówno w sytuacjach onkologicznych, jak i czysto kosmetycznych. Ciekaw-

we było przedstawienie różnych możliwości uzupełnienia ubytku po leczeniu oszczędzającym przy użyciu tkanek piersi, fałdu tłuszczowego z okolicy pachy, jak i płatów wyspowych. Przedstawione było szczegółowo leczenie oszczędzające, z jednoczasowym uzupełnieniem ubytku po kwadrantektomii, z użyciem płata z mięśnia najszerzego grzbietu (LD flap), zarówno w lokalizacjach guza w kwadrantach zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Podstawową zaletą tego sposobu uzupełniania ubytku piersi jest możliwość bezpiecznego napromienienia piersi, jako elementu leczenia oszczędzającego. Na podkreślenie zasługuje fakt operacji oszczędzających w guzach o wielkości do 5 cm. Osobna sesja była poświęcona operacjom w bardzo zaawansowanych rakach (nawet z przerzutami), gdzie głównym celem było zapewnienie kobietom dobrej jakości życia, związanej z odtworzeniem piersi. Nie znalazło to wśród uczestników kursu jednoznacznej akceptacji. Na uwagę zasługuje także fakt operacji oszczędzających po pierwotnym leczeniu neoadiuwantowym. Zastosowanie chemioterapii przed planowanym leczeniem oszczędzającym w sposób zdecydowany zwiększa ilość wykonywanych tą metodą zabiegów operacyjnych. Alternatywą do leczenia oszczędzającego jest amputacja piersi z jednoczasową rekonstrukcją, zarówno przy użyciu tkanek własnych, jak i przy użyciu różnego typu protez. Bardzo szczegółowo była przedstawiona rekonstrukcja przy użyciu płata TRAM, zarówno jako operacji jednoczasowej rekonstrukcji, jak i w pewnym odstępie od amputacji piersi. Przedstawiono różne modyfikacje płata TRAM: z mikrozespoleniem; tzw. płat perforatorowy – gdzie podstawową zaletą jest pozostawienie w miejscu mięśnia prostego brzucha, a sam płat jest przenoszony tylko na naczyniach; czy też wreszcie klasyczny płat odroczony. Jako ciekawostkę można do-

dać, że jeden z ośrodków odracza płat nawet do 2 miesięcy, co zresztą wywołało bardzo żywą dyskusję. Większość uczestników była jednak za odraczaniem płata na okres od 1 do 3 tygodni. Na kursie przedstawiono także, iż w wielu przypadkach przy leczeniu oszczędzającym istnieje konieczność redukcji lub mastopeksji drugiej piersi. Część ośrodków wykonuje tego typu operacje jednocześnie z podstawowym leczeniem onkologicznym. Szczegółowo były także omówione i przedstawione w sesji praktycznej sposoby redukcji i mastopeksji, zarówno T-reverse, jak i technika Lejour. Oczywiście odbyła się też sesja poświęcona rekonstrukcji brodawki różnymi technikami, np. Omega czy zmodyfikowane T (*Modified T*). Po rekonstrukcji większość ośrodków wykonuje dodatkowo tatuaż otoczki. Przedstawiono także operacje wykonywane w sytuacjach objęcia naciekiem nowotworowym całej piersi czy powierzchownie ściany klatki piersiowej. Pewnym ograniczeniem był brak prezentacji poświęconych obrętkowi chłonnemu kończyny górnej.

Należy jednak podkreślić, że tego typu kursy powinny być jak najczęściej organizowane. Sposób prowadzenia kursu i jakość prezentacji zasługują na uznanie i stanowią godny polecenia sposób przedstawienia chirurgii piersi. Na uwagę zasługuje także fakt konieczności ścisłej współpracy pomiędzy chirurgami onkologami a plastykami, a nawet jak niektórzy z zaproszonych gości podkreślali, konieczność połączenia tych dwóch dziedzin chirurgii i powstania „chirurgii piersi” (*breast surgeon*).

**Dr n. med. Robert Chmielewski**

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej  
Centrum Onkologii-Instytut  
im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie